

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

748

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PICHON Gabrielle

Née à Steglitz (Allemagne), le 10 Mars 1905

Contribution

au

**Traitement de certains
œdèmes chroniques
de jambes**

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

—
1935

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PICHON Gabrielle

Née à Steglitz (Allemagne), le 10 Mars 1905

Contribution

au

Traitement de certains œdèmes chroniques de jambes

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies su tanées et yspilitiqu s	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	N.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE.
dulte	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BESANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAÏLLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.

BASSET.
BROcq.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.

ECALLE
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale..

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Puériculture
Stomatologie.....

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
WEIL-HALLÉ.
FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE TRES AIME

A MA MERE

*Qu'elle trouve ici l'expression de
ma reconnaissance pour ses
soins dévoués et ses conseils
éclairés. Elle a toujours été
pour moi une grande amie.*

MEIS ET AMICIS

A Madame Joséphine YOUNG

*Faible témoignage de gratitude
à ma bienfaitrice.*

A Monsieur le Professeur LEJARS

(In Memoriam)

A Monsieur le Docteur Léon GIET

ANCIEN CHEF DE LABORATOIRE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DANS LE SERVICE DU PROFESSEUR LEJARS

*Qu'il trouve ici le témoignage
d'une grande amitié.*

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CARNOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur de prési-
der notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

En particulier, à :

Monsieur le Docteur Louis RAMOND

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

*Dont les leçons de clinique
m'ont donné le goût des
sciences médicales.*

Monsieur le Docteur Louis DEVRAIGNE

MÉDECIN-ACCOCHEUR DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Monsieur le Docteur SESARY

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A Monsieur le Professeur CADENAT

PROFESSEUR, AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

CHEF DES TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance pour l'estime qu'il m'a toujours prouvée et de la haute confiance qu'il m'a accordée en me permettant d'appliquer, dans son service, la méthode qui est l'objet de mon travail.

Il m'a toujours guidée et encouragée dans mes études. Son enseignement clinique, clair et précis m'a appris que théorie et pratique ne font pas toujours un.

INTRODUCTION

C'est intentionnellement que nous nous sommes astreints à un sujet aussi limité. Les œdèmes relevant de causes aussi nombreuses, il nous eut été impossible de le faire complètement, de plus nous avons tenu à ne rapporter ici que des cas de malades traités par nous, soit dans le service de notre maître, M. le Docteur Cadenat, soit des cas personnels.

Nous ne traiterons ici que les œdèmes chroniques de jambes ou ayant tendance à la chronicité.

Œdèmes post-fracture.

Œdèmes post-phlébitiques.

Œdèmes d'origine endocrinienne.

Nous ferons donc un rappel succinct de la pathogénie des œdèmes en général et des œdèmes de jambes en particulier.

Puis nous aborderons la clinique.

Enfin nous exposerons la manière de soulager ces malades au moyen des pansements de Baynton modifiés. Ce dernier chapitre comprendra un court historique, la technique des pansements appliqués dans ces cas particuliers les résultats que l'on obtient grâce

à eux, les observations des malades traités par cette méthode. Suivront alors les inconvénients et les avantages du traitement.

Finalement nous concluerons.

PATHOGENIE DES ŒDEMES

L'œdème est une « infiltration du tissu cellulaire par la sérosité » (1). Il va de soi que cette infiltration peut avoir de nombreuses causes et nous trouvons bien des hypothèses dans la littérature quant à leur formation. M. Calvé (2), les a fort bien résumées et c'est à lui que nous empruntons la documentation relative à ce sujet.

THÉORIE MÉCANIQUE. — L'œdème dans ce cas, est dû à une stase veineuse ou bien lymphatique.

THÉORIE NERVEUSE. — On admet l'association d'un trouble nerveux et de la stase.

THÉORIE PHYSIQUE. — Troubles osmotiques, hydrémie, hydrosyntasie, coefficient lypocytaire, rétention du chlorure de sodium, rétention d'autres corps sont autant de facteurs, causes de l'œdème.

THÉORIE VASCULAIRE. — Dans cette théorie on pense que l'infiltration sérotique est due à l'altération des parois musculaires.

THÉORIE TOXIQUE. — L'œdème serait dû à la présence de corps toxiques lymphagogues.

De toutes ces théories, laquelle choisir ? Toutes ont une base logique et nous croyons que ce sont là des cas d'espèces.

Chaque œdème a une cause différente et c'est être partial que de vouloir que tous les troubles relèvent de la même cause. C'est le bon sens même qui fait admettre qu'un même symptôme soit la traduction de différents états humoraux, nerveux, vasculaires, etc...

Il semble cependant que, dans ces troubles, il y ait association de plusieurs causes plutôt qu'une seule. Le plus souvent dans les cas qui nous intéressent, il y a une forte contribution des troubles neuro-végétatifs.

PATHOGENIE DES ŒDEMES DE JAMBES

Les œdèmes sont très souvent localisés aux jambes. Il y a là un facteur statique qui intervient comme dans tout autre œdème. Il est donc normal que la prédominance revienne aux extrémités inférieures, celles qui ont à soutenir le poids de notre corps, celles où la fatigue physique se fait sentir en tout premier lieu. Nous rencontrons ces œdèmes sur les personnes dont le métier, ou les conditions d'existence, occasionnent un piétinement prolongé. Ce piétinement entraîne un afflux de sang et de lymphé dans les

membres inférieurs par la seule force de la pesanteur; un œdème temporaire se forme autour des malléoles, œdème qui disparaîtra à la position allongée ou les membres surélevés; mais cela constitue une amorce à un œdème plus tenace,

Il est rare de voir de pareils troubles se produire dans les campagnes où la marche est vraiment de la marche et non ce simulacre grotesque de la vie urbaine.

Il se produit une atonie statique de la jambe. Cette atonie ne porte pas uniquement sur les articulations entraînant « les pieds plats des garçons de café », elle porte sur tous les tissus de la jambe, mais plus particulièrement sur les tissus cellulaires sous-cutanés et les muscles. C'est à ce syndrome que N. Brann a donné le nom d' « atonie tissulaire » (3). Les espaces inter-cellulaires devenant plus lâches, la lymphe s'y accumule plus volontiers; cette lymphe circulant grâce aux contractions musculaires qui, par leur changement de forme, compriment les espaces inter-cellulaires entre la peau et le muscle. Cette lymphe est stagnante, d'où œdème avec des signes cutanés, des douleurs, etc...

Cette opinion ne semble d'ailleurs pas exacte en tous les points. Il faut un terrain prédisposant, c'est en particulier chez les personnes ayant des troubles endocriniens que l'on trouve le plus volontiers ces symptômes. Si la jambe a subi un traumatisme (fracture), il persiste une atonie sur laquelle l'infiltration aura toute latitude de se développer. Mais le premier

rang revient sans conteste aux membres phlébitiques. Ces œdèmes sont encore plus tenaces si, à ces facteurs, s'ajoute un syndrome de dysfonctionnement du sympathique.

ETUDE CLINIQUE DES ŒDEMES DE JAMBES

Les œdèmes de jambes présentent autant de tableaux cliniques qu'il y a d'espèces différentes d'œdèmes

Siège. — L'œdème débute toujours autour des malléoles et quelquefois, c'est uniquement la disparition du sillon rétro-malléolaire qui indique un œdème. Souvent on trouve une boule semi-fluctuante, donnant l'aspect de graisse au toucher dans le sillon antérieur de la malléole externe, cette boule est un œdème très localisé qui disparaît avec les pansements et n'a d'autre inconvénient que l'inesthétique.

Peu à peu cet œdème péri-malléolaire remonte jusqu'au milieu de la jambe, masquant la forme du mollet. Enfin si cet état de choses se maintient, on voit bientôt le pied envahi et les méplats du genou disparaissent en même temps. Nous arrivons ainsi petit à petit au membre pseudo-éléphantiasique. « Les membres inférieurs fortement infiltrés prennent l'aspect de poteaux » (4).

Aspect de la peau. — La peau, suivant les cas, est mince, fine, satinée, légèrement colorée, un peu mar-

brée. Souvent on trouve des varicosités dans la région sus-malléolaire ou bien vers le bord externe de la face dorsale du pied. Cette peau est infiltrée, mais l'œdème n'est pas dur, il semble au contraire mollassé.

Ou bien cette peau est hyperchératosique, il semble qu'il y ait un besoin de l'organisme de produire des épaisseurs de peau pour contenir l'œdème sous-jacent. En d'autres cas, on trouve les deux aspects réunis.

Signes fonctionnels. — Les malades se plaignent tous du même mal, tous ont une marche pénible et une sensation de pesanteur douloureuse, qui entrave leur existence.

A côté de ce signe commun, nous avons toute la gamme des douleurs, spasmes, brûlures, picotements, sensations que la jambe est trop étroite, etc., etc... Tous ces signes s'expliquent très bien si l'on considère que la peau n'est pas indéfiniment élastique, et que les troubles apportés par une mauvaise circulation, tant sanguine que lymphatique, sont irritants aussi bien pour les ramifications nerveuses que pour les vaisseaux baignant dans les sérosités œdémateuses.

Parfois l'œdème est assez important pour limiter le jeu des articulations et les mouvements se trouvent de ce fait, singulièrement réduits, conduisant une personne bien portante à une quasi impotence. (E. Jeanselme). (5).

L'œdème post-fracture est en général très volumineux, il semble encore augmenter au moment où l'on

retire le plâtre. (Observation n° 2). Il prend à peu près toutes les allures : tantôt mou (obs. n° 4), tantôt dur, il est rouge ou blanc, il garde ou ne garde pas le godet; mais il a un caractère net, c'est d'être douloureux, souvent beaucoup plus que n'est le trait de fracture. Nous avons soigné des malades pour œdème après fracture du col du fémur (obs. n° 4) et qui n'osaient poser le pied à terre à cause de la douleur de jambe, sans qu'il y ait le moindre signe de phlébite. Pour les fractures de Dupuytren, le fait est moins probant.

L'œdème dysthyroïdien, hypophysaire, revêt l'allure que nous avons décrite en premier lieu. L'aspect général des malades fait qu'un tronc grêle contraste avec des hanches, des cuisses et des jambes volumineuses : (6) « trophœdème de Meije ».

L'œdème post-phlébitique, est en général un œdème dur, plus la phlébite est ancienne, plus l'œdème est dur. (Obs. 10, 16). Ceci s'explique très bien étant donné que l'œdème a pour ainsi dire eu le temps de s'organiser. L'infiltration est dans ce cas très prononcée et douloureuse localement; il y a en général une zone d'hyperesthésie cutanée sur le tiers inférieur de la crête tibiale et les téguments environnants. Les régions malléolaires sont également très sensibles.

L'œdème est souvent coloré, s'accompagne de varicosités situées comme nous avons dit, mais la présence de varicés n'est pas obligatoire. On trouve souvent sur ces jambes des zones pigmentées brunâtres, des eczêmas, des dermites de tous ordres.

Quelquefois la peau est très fine, d'autrefois au contraire il y a hypertrophie de l'épiderme, mais ces jambes ont une tendance marquée à l'ulcération (obs. n° 10).

HISTORIQUE

Il peut sembler étrange, qu'à notre époque de grandes découvertes scientifiques, où les traitements physiothérapiques ont une vogue dépassant toute imagination l'on essaie de rénover un vieux traitement de la fin du XVIII^e siècle.

Baynton fut un des premiers à faire un pansement plastique de la jambe au moyen de bandelettes enduites d'emplâtre simple. Il est vrai que ce pansement avait pour but de guérir les ulcères variqueux par une méthode ambulatoire; en effet, B. Bell, d'Edimbourg (7), décrit bien une méthode de pansement, mais il place « en spirale » une bande de flanelle autour de la jambe. Nous retrouvons ce même pansement de Baynton cité par Ed. Jeanselme (5) dans sa thèse de 1888, mais là déjà il a subi une modification que Terrier lui a apportée. Là encore, il s'agit d'un traitement d'ulcère variqueux, les œdèmes de jambes ou « états éléphantiasiques » sont traités au moyen de pansements ouatés sur lesquels on met une bande de flanelle ou de toile, plus ou moins comprimente.

Darrier conseille pour des cas analogues (8) le

repos absolu au lit avec élévation du membre en même temps que l'on fait des compresses humides. Lorsque l'œdème a un peu regressé, on fait un massage méthodique et de la compression avec un bandage ouaté; de même nous trouvons dans le livre de Vidal « les médications des œdèmes » en 1911 que : entre les séances de massage et quand le malade se lève, il faut faire une compression douce avec une bande Velpeau.

Dans Calvé, « l'Œdème » 1925, nous trouvons encore un traitement analogue. Partout il semble que l'on conseille une compression douce sans indiquer exactement le moyen d'obtenir un tel résultat.

Lasker et N. Brann, en Allemagne, ont eu l'idée d'appliquer ce pansement de Baynton, déjà employé par eux pour le traitement des ulcères variqueux, au traitement des œdèmes de jambes. Il y a souvent co-existence d'œdèmes de jambes avec les ulcères et ils ont remarqué que tout en soignant l'un, ils amendaient l'autre. Si bien qu'en passant d'un cas d'espèce à l'autre, ils sont arrivés à mettre au point un nouveau mode de traitement. C'est ce mode de traitement légèrement modifié dans le service de notre maître, M. le professeur Cadenat, que nous voulons exposer ici.

TRAITEMENT

Il va sans dire que, à côté du traitement local que nous voulons décrire ici, il faut adjoindre un traitement général. Les dysthyroïdiens se trouveront bien d'un traitement iodé. Teinture d'iode prise en gouttes à chacun des repas dans un peu de lait, jusqu'à trente gouttes et en diminuant ensuite, on laisse un intervalle de dix jours, puis on recommence. C'est un traitement d'entretien qu'il faut continuer pendant presque toute sa vie et les malades le reconnaissent bien. Il ne semble pas qu'il y ait d'intolérance.

Ce sont les ovariens qui paraissent les plus rebelles aux médications. Suivant les cas, les extraits totaux d'ovaire ou la folliculine donnent des améliorations; d'autres fois les extraits de thyroïde ou d'hypophyse ont donné des résultats satisfaisants. Dans certains cas, il faut bien l'avouer, aucun de ces médicaments n'a fait sa preuve. Pour ces mêmes troubles, nous nous sommes trouvés bien de donner une préparation de jaborandi et de chlorure de magnésium qui semble avoir stimulé les sécrétions de ces glandes.

Dans de nombreux cas, le déséquilibre du système

neuro-végétatif était tellement prédominant, que nous avons simplement fait prendre à nos malades des anti-spasmodiques ou mieux encore, les pilules si étonnantes quant à leur résultat suivant la formule que M. Ramond nous a enseignée.

Extrait de Jusquiame	}	aâ un centigramme.
Phényléthylmalonylurée		
Oxyde de zinc	}	aâ cinq centigrammes.
Extrait de valériane		

Tous ces traitements sont excellents mais insuffisants. Ils soulagent les malades au point de vue général, mais l'œdème de jambes persiste avec les troubles qu'ils occasionnent.

Il faut donc, en même temps que ce traitement général, faire un traitement local qui permette au malade une marche aisée et qui aide les tissus distendus à reprendre leur position initiale, qui leur rendent leur tonicité primitive. En effet, en faisant le traitement général, on aide en partie les « humeurs » à circuler, soit en les rendant plus fluides, soit en agissant sur les capillaires, les vaisseaux sanguins dans l'ensemble, mais les espaces interstitiels n'en sont pas moins distendus.

Il faut donner à ces jambes suivant l'expression de N. Brann, « une seconde peau » à seule fin que lorsque les muscles se contractent, la lymphe trouve de nouveau un plan résistant, le muscle contracté et un autre non moins extensible, la peau. Entre ces deux plans tendus, l'espace inter-cellulaire diminue et la

lymphe ou les sérosités qui s'y trouvent accumulées sont obligées de se mouvoir.

On fait le pansement de Baynton modifié par Lasker et N. Brann. Ce pansement est un simple sculpté fait avec des bandelettes de tissu imbibées dans l'emplâtre simple du codex. Ces bandelettes ont 6 cm. de large et une longueur de 35 cm. On les place autour de la jambe en les faisant s'imbriquer. Le pansement part de la base des orteils pour remonter jusqu'à l'épine tibiale antérieure. Si l'œdème est très important, et remonte au-dessus du genou, une bande Velpeau remontant à mi-cuisse remplacera les bandelettes enduites d'emplâtre. Ce pansement doit prendre exactement la forme de la jambe. *Il ne doit comprimer sous aucun prétexte*, il faut simplement *qu'il soutienne et maintienne la jambe*, ce en quoi, il joue le rôle de « seconde peau ». Et voici comment N. Brann pratique :

Le pansement comprend trois couches :

1°) *Une couche protectrice* faite de papier de cellulose. On en met une couche assez épaisse pour protéger la peau de l'emplâtre qui est quelquefois irritant. (C'est là une question de sensibilité individuelle). Le rôle principal de cette couche est de servir d'amortisseur, il faut en effet amortir les chocs qu'occasionne la pose des bandelettes, de cette façon on arrive à donner une pression à peu près égale à tout le pansement, ce qui est le point capital.

2°) *Une couche plastique* faite avec les bandelettes décrites plus haut.

3°) On place sur le sculpté ainsi fait une bande de gaze de 7 cm. de large, en ayant soin de ne pas faire de striction; il faut simplement que la gaze maintienne les bandelettes en place.

Tous les chiffres donnés ci-dessus sont dûs aux modifications apportées par Lasker et N. Brann au pansement initial de Baynton, qu'il nous soit permis d'ajouter ici que nous avons employé souvent des bandes de 40, voire même 45 cm. à placer autour du mollet.

Par ailleurs, nous avons ajouté une 4^e couche à ce pansement, c'est une couche de médication locale. Elle consiste à traiter l'œdème encore plus énergiquement. N. Brann place au niveau de la cheville une compresse enduite d'un corps gras : vaseline, pommade à l'oxyde de zinc, huile à l'oxyde de zinc, etc..., ceci à seule fin d'éviter les irritations locales dues au frottement du pansement pendant la marche. Il plaçait également sur toute la jambe quand il s'agissait d'un œdème relativement récent, des compresses enduites de la façon suivante :

1°) Vaseline à l'acétate d'alumine à 5 p. 1.000.

2°) Huile à l'oxyde de zinc.

Oxyde de zinc	{	à 200
Talc		

Huile d'olive : q. s. pour 1.000

Le tout était enveloppé de gutta-pecha ou de tout autre tissu imperméable et l'on obtenait ainsi l'effet

d'un pansement humide tout en permettant la marche.

Le résultat antiphlogistique était évidemment merveilleux et nous employons encore quelquefois cette formule; mais elle a l'inconvénient de tacher les bas et les chaussures, et nos malades parisiennes, plus coquettes et moins dociles que les berlinoises, étaient un peu rebelles au traitement.

Nous employons une pommade résolutive à base d'arnica, d'aconit et noix vomique qui semble donner de très bons résultats. Non seulement, elle permet une résorption plus rapide des œdèmes, mais encore elle soulage certaines douleurs, ce qui nous permet d'éviter de donner à nos malades des médications telles que l'aspirine à ingérer.

L'action de chacun de ces composants est connue depuis longtemps, l'arnica est d'un usage assez récent dans la pharmacopée, puisque en MDCXCVIII, Schroder (9) écrit :

« Arnica, plante étrangère et inusitée, dont je n'ai rien trouvé dans les auteurs ».

En 1807, dans le « nouveau dictionnaire général des drogues » de Lémery (10), au chapitre « Arnica », on trouve que les fleurs sont employées contre : « l'asthénie, les douleurs du rhumatisme, les contusions occasionnées par des chutes violentes, la goutte sereine, la paralysie de la vessie ».

De nos jours, c'est une médication qui est à peu près complètement abandonnée, car en usage externe elle occasionne des dermites, eczémas assez gênants :

il faut s'en servir avec prudence, mais son action stimulante n'en demeure pas moins nette.

Quant à l'aconit, son procès n'est plus à faire. La racine de l'anthora, nous dit Schroder « est d'une saveur amère, chaude, dessicative et cordiale. Elle atténue, déterge et ouvre. Son principal usage est de résister au venin, particulièrement à la peste. »

Dans le dictionnaire de Lémery, nous trouvons que le suc épaissi ou extrait de tue-loup bleu passe pour être très propre à guérir les rhumatismes chroniques, la goutte sereine et les ulcères rebelles.

De nos jours, on s'en sert surtout comme analgésique, et par voie externe elle semble donner des résultats surprenants.

ACTION DU PANSEMENT

Le pansement ainsi conçu a une action locale anti-phlogistique nette mais insuffisante, il faut y adjoindre la mécano-thérapie. L'action mécanique du traitement est indéniable, puisque tout le principe du pansement est basé sur la contraction musculaire. Il faut que le malade, armé de son appareil de marche, s'en serve. Chaque pas fait une contraction du soléaire qui comprime entre le pansement et le plan du muscle contracté, les sérosités des espaces intersticiels et les chasse en haut, ces sérosités ne pouvant aller vers le pied puisque le pansement commence aux orteils. On associe à la marche des mouvements passifs de la jambe. Il faut que le malade fasse au

moins 20 minutes de marche effective par jour, de cette façon, la circulation tant vasculaire que des espaces intercellulaires se rétablit, diminuant le volume de la jambe, ce que les malades sentent bien eux-mêmes, puisqu'au bout d'un temps variable, deux à cinq jours, le pansement est devenu lâche et ne maintient plus la jambe. Il faut alors renouveler la botte et l'on gagne ainsi progressivement du terrain sur l'œdème qui disparaît peu à peu.

Il est impossible de déterminer quelles seront les réactions du malade au pansement, ou plus exactement quelle sera la réaction de la jambe au pansement. Certains malades éprouvent des picotements, d'autres des crampes dont il ne faut tenir aucun compte au début. Ce sont simplement les réactions d'un membre dont on détruit un équilibre auquel il s'était un peu habitué, même si cet équilibre présentait un caractère pathologique.

C'est pour cette raison que nous sommes obligés de changer le pansement au bout de deux jours au début du traitement. C'est pour une raison analogue que nous sommes dans l'impossibilité de dire combien de temps un pansement doit rester sur une jambe, nous sommes là en plein empirisme. En pratique, nous agissons de la façon suivante, au bout de deux jours on enlève le pansement et l'on considère si le volume de la jambe a ou n'a pas sensiblement diminué. Si la régression de l'œdème est rapide, on renouvelle la botte tous les quatre ou cinq jours; en fin de traitement, quand la jambe a recouvré sa forme

quasi normale, les pansements sont naturellement beaucoup plus espacés et les malades ne reviennent que tous les dix jours. Certaines jambes œdématisées sont beaucoup plus volumineuses le soir que le matin, si bien qu'au bout de deux ou trois bottes le pansement ne tient plus à la jambe, à moins de faire celui-ci le matin avant le lever de la malade ou, si cela n'est pas possible, peu de temps après le lever. Il faut toutefois bien se garder d'agir ainsi dès le début du traitement. Ce sont des jambes qui réagissent très fortement et si la première botte est posée sur un membre moins œdématisé le matin, il s'ensuit que dans la journée la jambe augmente de volume et le pansement, qui était strictement plastique le matin, devient par la suite un pansement compressif et cause plus de dégât qu'il ne fait de bien.

En même temps que l'œdème disparaît, les phénomènes douloureux s'amendent et bientôt les malades reprennent une vie normale, « je ne sais plus que j'ai une jambe », nous disent-ils.

Au bout d'un temps variable suivant chaque individu, le membre reprend une forme normale, les téguments ont un aspect sain, on cesse alors le traitement et on conseille au patient le port d'un bas à varices ou d'une bande Velpeau pour maintenir l'effet obtenu et soutenir la jambe avec son tissu cellulaire sous-cutané.

Il va de soi qu'il faut continuer le traitement général pendant de nombreux mois encore, c'est un état général qu'il faut soigner, le traitement local n'est ou'un adjuvant.

Pour certains œdèmes, nous avons appliqué à même la peau des bandes d'emplâtre, celles-ci agissant comme soutien encore plus efficace des téguments et en même temps comme sédatif local. C'est un vieux procédé qui a du bon. Goulard en MDCCLX écrit au sujet des peaux divines, qui semblent ne pas différencier beaucoup des bandes enduites d'emplâtre : « Ces peaux divines opèrent de très bons effets, lorsqu'on les emploie sur les parties attaquées de douleurs de rhumatismes... Les parties affaiblies et douloureuses trouvent un grand soulagement dans ces peaux divines qui sont d'un grand secours dans les hôpitaux, surtout hors des saisons des eaux minérales et dans les endroits qui en sont éloignés ».

OBSERVATIONS

CEDEMES POST FRACTURE.

OBSERVATION N° 1

Madame B... 55 ans, subit en Novembre 1931 un accident de la rue qui lui occasionne une fracture ouverte de la jambe. Le trait de fracture du tibia est à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la jambe, le péronné est fracturé à trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe. Nous voyons la malade le 20 février 1932 dans le service de M. Cadenat, alors que la fracture est consolidée. Le membre inférieur gauche est très augmenté de volume. A la face antéro-externe du tiers inférieur de la jambe, on trouve une plaie, séquelle de la fracture ouverte, cette plaie de la dimension d'une pièce de 50 centimes suppure légèrement. Elle est entourée d'une zone d'œdème rouge, chaud et douloureux. Bien que la fracture soit consolidée, la malade ne peut marcher à cause des douleurs au niveau de la plaie.

Antécédents. — A la jambe gauche, phlébite post opératoire (appendicectomie) il y a une dizaine d'années.

Traitement. — Au niveau de l'œdème, vaseline à l'acétate d'alumine, huile à l'oxyde de zinc sur lesquels on applique le pansement de Baynton. On opère une mobi-

lisation passive et méthodique. 1°) de l'articulation tibio-tarsienne. Le lendemain, de l'articulation du genou.

Le 22/2/32, on enlève la botte et l'on constate que la plaie suppure moins. La zone érythémateuse diminue, même traitement. La malade souffrant moins on lui permet de se lever. Le 25 on refait un pansement, le 29 la malade sort de l'hôpital, elle marche sans douleurs et revient se faire faire un pansement deux fois la semaine jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, que l'on obtient le 4/4/32. Il persiste un œdème autour de la malléole externe. Le 8/4/32, la malade, à la suite d'un traumatisme, présente un nouvel œdème de la jambe, qu'un médecin diagnostique « phlébite ». Nonobstant ce diagnostic nous appliquons de nouveaux pansements et le 13/5/32, tout est rentré dans l'ordre. On conseille alors à la malade de se bander la jambe avec des bandes Velpeau. Nous avons revu la malade en janvier 1933, marchant aussi bien que lui permet son embonpoint.

OBSERVATION N° 2

Madame C.... 29 ans, étudiante en médecine se fracture le péroné fin janvier 1933, fracture à trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe, appareil de marche de Delbet posé par Monsieur CADENAT en son service.

Traitement. — Aussitôt le plâtre enlevé, gros œdème de la malléole externe et de l'interligne tibio-tarsien antérieur, œdème remontant jusqu'au tiers moyen de la jambe. On applique un pansment orthopédique de Baynton. La marche est possible mais grosses douleurs au niveau du trait de fracture. Au bout de trois semaines, l'œdème disparut et la malade n'a plus de troubles fonctionnels.

Quelques mois plus tard, l'œdème reparait moins volumineux mais dur, localisé strictement à la malléole ex-

terne. On fait de nouveau quelques bottes, il n'y a pas grande amélioration, ce qui amène à penser que cet œdème est peut-être une exostose du trait de fracture.

OBSERVATION N° 3

Madame St... sans profession 48 ans, victime d'un accident de métro le 20/10/31, se fait une fracture de la jambe droite; 1^{er} plâtre le 21/10/31; radio et 2^e plâtre le 5 novembre; radio et 3^e plâtre retiré le 28 janvier 32. Nous voyons la malade le 29/1/32. Service de M. Cadenat, la jambe et la cuisse présentent un gros œdème blanc tendu, ne gardant pas le godet (Douleur intense dans tout le membre inférieur droit, lourdeur, occasionnant une impotence fonctionnelle assez marquée). Nous n'avons pas trouvé d'hydarthrose du genou. Il n'y avait ni température ni accélération du pouls. Nous appliquons le pansement de Baynton et une bande Velpeau allant jusqu'à la racine de la cuisse, la malade quitte le service le 20/2/32 avec un œdème très diminué et sans douleur. Elle revient encore deux trois fois au pansement. On lui conseille de porter des bas à varices pour empêcher la formation d'un nouvel œdème.

Marche aisée.

OBSERVATION N° 4

Madame G..., Espagnole, 56 ans, entre en Décembre 32 dans le service de M. Cadenat pour fracture du col du fémur. Le 4 avril on enlève son dernier plâtre (fracture complètement consolidée). A ce moment les deux membres sont fortement œdématiés : œdème blanc partant des orteils pour remonter jusqu'au tiers moyen de la cuisse, hyperchératose au niveau du talon et des orteils, douleur à type de spasmes, déformation des pieds en

varus. On ne trouve pas de phlébites dans ses antécédents, elle n'a ni albumine ni sucre dans ses urines.

Traitement. — pansements de Baynton avec correction de la position du pied. Nous renouvelons ces bottes deux fois par semaine car l'œdème diminue rapidement. Les dernières bottes sont posées le 13 juin 1933, après quoi la malade doit porter des bas à varices.

ŒDEMES POST PHLEBITIQUES

OBSERVATION N° 5

Madame D., 32 ans fait une phlébite post opératoire en Mars 1928, depuis la jambe est restée œdématiée (œdème rosé avec petites varicosités violacées assez induré). Chaque année, au mois de Mars jusqu'à l'été elle a de vives couleurs dans ce même membre, ce qui amena le médecin traitant à diagnostiquer : péri-phlébite. La malade fut soignée par repos au lit et on lui conseilla une cure à Bagnoles-de-l'Orne. En mars 1933, la malade vient nous consulter dans le service de M. Cadenat pour des troubles analogues.

Traitement. — Nous lui appliquons les pansements de Baynton en même temps que nous lui donnons à ingérer des anti-spasmodiques. Dès les premiers pansements, les douleurs disparaissent et la malade marche et vaque à ses occupations ménagères. Nous continuons le traitement une fois par semaine jusqu'à fin avril. Nous conseillons à la malade de revenir en Septembre. En Septembre, la malade nous dit ne pas avoir souffert de ses jam-

bes. Nous revoyons la malade en mars 1934 et faisons une cure de six bottes, cure strictement préventive. La malade revue en Septembre 1934 n'a qu'à se louer du traitement.

•
OBSERVATION N° 6

Mademoiselle B... 19 ans, Arménienne, bonne à tout faire, opérée en Décembre 1931 à l'hôpital cantonal de Montmorency pour appendicite aiguë fait une phlébite de la jambe droite, avec immobilisation pendant un mois. Nous la voyons le 5/5/32 elle présente à ce moment un léger œdème de la jambe avec un choc rotulien net, se plaint de douleurs à la marche dans le genou et dans la masse musculaire du mollet, le tout est accompagné de sensations de pesanteur du membre.

Traitement. — Pansements de Baynton avec bandes Velpeau jusqu'à mi-cuisse. Le 11/5/32, grande amélioration, nous conseillons cependant à la malade un analgésique type aspirine pour lui permettre une marche plus efficace. Le 22/5/32 l'amélioration de l'œdème persiste, la malade a moins de douleurs, cependant le trajet du sciatique est encore sensible, le 19/6/32 l'œdème a disparu mais l'hydarthrose persiste. On conseille le port d'un bas à varices. Nous revoyons la malade le 12/9/32, il n'y a plus de choc rotulien. La malade se plaint de quelques vagues douleurs (arménienne). Elle continue à porter ses bas à varices.

En avril et mai 1933, nous refaisons un traitement d'entretien car elle ne présente ni œdème ni choc rotulien. Cependant prétend être soulagée par les pansements.

En avril 1934, nous agissons de même.

OBSERVATION N° 7

Madame C..., 43 ans, sans profession, vient à la consultation de Monsieur CADENAT, le 26/2/32 parce qu'elle a, à la jambe gauche, une grosse masse rouge douloureuse très indurée ayant un aspect phlegmonneux le tout entouré d'un œdème volumineux de la jambe. A eu à cette même jambe une phlébite en mars 1928. Par ailleurs l'état général semble bon.

Traitement. — Le 26/2/32 vaseline à l'acétate d'alumine, huile à l'oxyde de zinc, gutta-percha, pansement de Baynton. Le 29/2/32, les douleurs ont un peu diminué même traitement, le 7/3/32, l'œdème diminue légèrement mais douleurs au dessus de la zone érythémateuse. La malade va s'améliorant quand le 4/3/32 elle présente de grosses douleurs dans toute la jambe, sans qu'on puisse en déterminer la cause. Le 8/4/32, la zone indurée devint plus souple et les douleurs sont bien moins intenses. Le 15/4/32, la malade se sent réellement soulagée. Le 19/4/32, formation d'un anneau œdémateux supra-malléolaire. Le 2/5/32, l'amélioration va augmentant, hyper-esthésie moins marquée, enfin le 23/5/32, derniers pansements, bas à varices.

Nous revoyons la malade en septembre et comme il persiste une zone indurée et légèrement douloureuse, au niveau de l'ancien anneau œdémateux supra-malléolaire, la malade nous prie de recommencer le traitement, nous essayons de mettre des bandes d'emplâtre à même la peau pour faire disparaître cette induration, mais l'emplâtre est mal supporté et nous revenons à l'oxyde de zinc (pansements toutes les semaines, puis tous les dix jours jusqu'à fin février 1933) guérison complète. Nous revoyons la malade en Avril 1934. Elle présente à ce mo-

ment de légères douleurs dont elle s'alarme. Peut-être un peu d'œdème malléolaire. Une série de cinq bottes et un anti-spasmodique ont raison du mal, et la malade se trouve encore une fois guérie.

OBSERVATION N° 8

Madame C..., 47 ans, opérée en Septembre 1932 pour kyste de l'ovaire droit enclavé, fait une grosse phlébite 6 jours après. Nous voyons la malade le 19 novembre, elle a, à ce moment, un gros œdème de la jambe droite, œdème rouge violacé, la peau est tendue et lisse avec de nombreuses varicosités, sensations de pesanteur de la jambe avec douleurs péri-malléolaires. Nous soignons cette malade par le traitement habituel et le 11/2/33, nous observons la régression de tous les symptômes. On conseille à la malade de porter des bas à varices. En novembre 1933, l'œdème de la jambe s'est reformé un peu, elle présente des zones douloureuses notamment au tiers inférieur, à ce niveau les plaques de varicosités semblent augmenter en surface.

Nous revoyons encore une fois la malade en décembre 1934, là nous faisons un traitement de six pansements pour tonifier la jambe.

OBSERVATION N° 10

Madame M... 52 ans, opérée pour métrite hémorragique au mois de mars 1932 dans le service du Professeur Lejars, fait une phébite de la jambe gauche le dixième jour, application des sangsues et immobilisation pendant deux mois. Nous voyons la malade le 30/11/32 la jambe gauche est uniformément augmentée de volume la peau

est tendue, luisante, rougeâtre, la cuisse est volumineuse également, la malade se plaint surtout de sensations de pesanteur dans la jambe entraînant une quasi-impossibilité, l'état général est bon dans l'ensemble si ce n'est la persistance d'une légère anémie. Elle subit à ce moment un traitement radio-thérapeutique.

Traitement. — Acétate d'alumine, huile à l'oxyde de zinc, gutta-percha, pansements de Baynton. 3/12/32 l'œdème a déjà beaucoup diminué et la malade peut marcher se sentant bien maintenue dans le pansement. Nous renouvelons le pansement deux fois par semaine étant donné la régression rapide de l'œdème le 13/1/33 formation de l'anneau œdémateux supra malléolaire. A partir de ce moment l'œdème diminue moins rapidement et ce n'est que fin Avril que l'on termine le traitement. Nous revoyons la malade le 23/1/34, la jambe est très peu œdématisée mais elle présente une petite érosion à la malléole interne (suite de traumatisme). Cette érosion est très douloureuse et les douleurs s'irradient dans le mollet.

Traitement. — Pommade à l'oxyde de zinc au niveau de l'érosion et analgésique type aspirine. Le 2/2//34 l'érosion commence à s'épidermiser — Le 23/2/34, dernière botte — cicatrice parfaite et la malade mettra son bas à varices en protégeant la peau de la cicatrice. Les douleurs et les spasmes ont disparu.

OBSERVATION N° 11

Madame L... 45 ans, présente un gros œdème des deux jambes avec un choc rotulien du genou droit. Une grande asthénie et atrophie des masses musculaires. Œdème blanc, ne gardant pas le godet.

Elle présentait en même temps de grosses douleurs à la marche accompagnées d'une sensation de pesanteur.

Antécédents. Phlébite post-opératoire il y a cinq mois.

Etat général. Ménopause chirurgicale avec hypertension.

Traitement. Une série de 15 pansements ont fait régresser l'œdème en même temps que cédaient l'asthénie et l'impotence fonctionnelle. Port de bas à varices.

OBSERVATION N° 12

Madame R... 33 ans, opérée pour appendicite gangréneuse en Octobre 1932 fait une phlébite de la jambe droite 11 jours plus tard. Nous voyons la malade au début de décembre. La jambe à ce moment aurait déjà beaucoup diminué, elle est cependant volumineuse avec une peau luisante, blanchâtre, mais l'œdème n'est pas mou et ne garde pas l'empreinte du doigt. Les phénomènes généraux ont disparu et la cicatrice chirurgicale permet le lever de la malade.

Traitement. Nous appliquons le pansement de Baynton et faisons une mobilisation méthodique de l'articulation tibiotarsienne le premier jour. Vient ensuite la mobilisation passive du genou le second jour. Le 3/12/32 nous refaisons un pansement car l'œdème régresse rapidement. Le 9/12/32, la malade quitte la maison de santé, complètement cicatrisée. Elle marche sans douleur ni fatigue. L'œdème a presque entièrement disparu. Elle revient au pansement tous les dix jours jusqu'à fin janvier alors que tous les symptômes ont régressé. Nous conseillons à la malade de porter néanmoins des bas à varices. Nous revoyons la malade en octobre 1933 en pleine gestation et faisons alors un petit traitement préventif avant l'accouchement sans phlébite. Revue au printemps 1934, chement et tout de suite après. L'accouchement se fait notre malade était en partai état.

OBSERVATION N° 13

Madame A... 24 ans présente un membre inférieur complètement œdématisé, blanc avec des douleurs spontanées à type de spasmes, le long d'un trajet veineux, on ne sent cependant pas de cordon induré, il n'y a pas de lymphangite. Il y a deux mois, la malade fit une phlébite après un curetage. Immobilisation pendant un mois. L'état général révèle une grande asthénie, dit avoir des sautes d'humeur brusques. Nous remarquons que la déglutition met en évidence un corps thyroïde hypertrophié.

Traitement. — Traitement opothérapique, pluriglandulaire (ovaire hypophyse). En même temps, pansements de Baynton qui font regresser l'œdème et le 23/12/33 nous arrêtons le traitement. Nous revoyons la malade en Juin et les troubles thyroïdiens ne semblent pas s'être amendés. La malade se plaint de crampes dans les deux jambes et l'on remarque un léger œdème à gauche. Nous lui donnons alors un traitement iodé en même temps que nous faisons quelques bottes de Baynton. Jusqu'à son départ à la campagne, le 15 Juillet 1934. Nous revoyons la malade en septembre elle fut alitée pour péri-phlébite pendant trois semaines et revint alarmée car les mêmes troubles se reproduisent : noyau induré et douloureux au tiers supérieur de la jambe qui n'est en réalité qu'un noyau de cellulite; quelques bottes, un anti-spasmodique tout en continuant le traitement iodé soulagent la malade.

OBSERVATION N° 14

Madame T... 38 ans, est opérée d'un fibrome utérin le 30 octobre 1933. Le 9 novembre, début de phlébite dans la jambe gauche, immobilisation pendant un mois, nous

voyons la malade le 6 décembre 1933, le membre inférieur gauche est très augmenté de volume œdème rosacé, peau tendue, mais l'œdème n'est pas dur et ne garde pas le godet. Douleurs dans toute la jambe et le genou sans pourtant qu'il y ait de choc rotulien. Le 9 décembre bonne amélioration générale, la malade s'assied sur le bord de son lit, le 16 la malade peut se lever sans incident. Nous continuons à soigner cette malade régulièrement jusqu'au 19/2/34 époque à laquelle tous les signes semblent disparus.

Le 19/3/34, la malade nous écrit que l'état obtenu par le pansement se maintient. Le 23/11/34, nous revoions la malade avec des œdèmes de jambes douloureux du même type que précédemment. Nous appliquons les bottes à l'emplâtre en même temps que nous faisons un massage de pommade à base d'arnica et d'aconit. Le 21/12/34, la malade a sa dernière botte.

OBSERVATION N° 15

Madame P... 29 ans présente le 21/3/34 des œdèmes de jambe très marqués, à la jambe droite la peau est luisante l'œdème généralisé, surtout malléolaire, rouge bleuté, mou; ankylose de la cheville, du genou et de la hanche, avec décalcification intense de la tubérosité tibiale antérieure, de l'articulation coxo-fémorale et de l'aile iliaque décelé par une radiographie.

La jambe gauche présente les mêmes symptômes mais moins accentués. Madame P... ne marche qu'à tout petits pas à cause des ankyloses et avec deux cannes. Elle a la sensation qu'à chaque instant elle risque une fracture.

Antécédents. — Il y a 13 ans, elle fit une phlébite double, complication de fièvre typhoïde. A la suite de cette phlébite, trois cures à Bagnoles de l'Orne. Entre temps,

il y eut des alternatives de péri-phlébite et d'améliorations. Il y a dix huit mois, notre malade fait une nouvelle phlébite double post-abortum. Aux dires de la malade, c'était une phlegmatia alba dolens typique traitée par le repos complet (lit Dupont) l'œdème remontant jusqu'aux lombes. A aucun moment, la malade n'a fait infarctus. Après cette phlébite, elle fait une nouvelle cure à Bagnoles qui améliore l'état de ses jambes mais passé un certain point reste stationnaire. Depuis novembre 1933, notre malade souffre incessamment d'arthralgies surtout à droite.

En même temps que ces troubles trophiques, la malade présente de gros troubles ovariens.

Traitement. — On associe des injections intraveineuses d'une préparation de calcium aux séances radio-thérapiques faites le jour même de l'injection et les pansements de Baynton. Au bout d'une semaine, la radiothérapie fut interrompue et nous continuons seuls les pansements. L'œdème régresse lentement. La malade se sent plus stable sur ses jambes et au bout de 12 pansements elle fait 4 pas sans canne, la marche progresse lentement et le 19/6/34 la malade fait une centaine de mètres avec une seule canne. L'œdème a presque complètement régressé, les bas à varices remplacent les pansements de Baynton inutiles maintenant.

OBSERVATIONS N° 16

Monsieur G... 60 ans, fait à Alger une phlébite grippale de la jambe gauche avec des incidents pulmonaires. Immobilisation pendant deux mois. De retour à Paris, pendant le mois d'avril, massage et bains d'alun. Nous voyons le malade le 1/5/34, la jambe gauche est très augmentée

de volume, genou œdématisé sans choc rotulien, œdème remontant jusqu'à mi-cuisse environ. Œdème blanc, dur, ne gardant pas le godet. Gêne fonctionnelle surtout lourdeurs, petites douleurs, articulation légèrement ankylosés

Traitement. — Pansements de Baynton, emplâtres pour essayer réactions de la peau. Le 5/5/33, œdème nettement diminué autour du genou et des chevilles. Le 8/5/33, diminution de la jambe au tiers supérieur un anneau dur commence à s'établir. Le 11/5/33, persistance de cet anneau induré et formation de 2 zones indurées face postérieure de la cuisse l'une de 5 cm. de diamètre l'autre mal limitée, zones provenant de la fonte de l'œdème autour d'elles.

Le 15/5/33, grande amélioration fonctionnelle. Le malade va jusqu'au bureau à pied, Le 24/5/33 la zone œdémateuse de la jambe regresse lentement.

Le 6/6/33, la jambe normale comparée avec l'autre jambe montre une atrophie nette des muscles, maintenant que l'œdème a fondu en même temps.

Le 14/6/33. 1^o tentative de laisser la jambe sans ses pansements.

Le 17/6/33 tentative bien supportée au point de vue fonctionnel mais jambe œdématisée, œdème blanc mais non dur.

Le 4/7/33, cessation du traitement car régression de l'œdème, assez bon résultat fonctionnel.

OBSERVATION N° 17

Madame E... 40 ans, russe — œdème malléolaire bilatéral, mou, rosé, douloureux — nombreuses varices sur tous les membres — aucun antécédent phlébitique — a eu 9 gestations. Un traitement de dix pansements fait régresser tous ces symptômes, seules les varices persistent bas à varices.

OBSERVATION N° 18

Madame Th... 22 ans — phlébite post partum avec embolie cérébrale le 15° jour après l'accouchement. Immobilisation pendant deux mois, nous voyons la malade six mois après en Mars 1932, jambes ayant la forme de poteaux, peau blanche et satinée, œdème molasse ne gardant pas le godet, malade très nerveuse à laquelle nous appliquons nos pansements pendant deux mois. L'œdème a regressé partiellement mais les résultats n'ont pas été probants. S'agit-il d'un œdème chez une hystérique?

OBSERVATION N° 19

Madame N..., 50 ans, présente à la jambe gauche, qui est d'ailleurs œdématiée dans son ensemble, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe chevauchant sur la crête tibiale une zone érythémateuse indurée (dureté quasi ligneuse) très douloureuse, d'une hauteur de 7 cm. sur 12. Cet érythème fut soigné par des applications de boue radio-active qui semblent avoir accentué l'intensité des phénomènes.

Antécédents. — La malade en 1916 a fait une phlébite bilatérale disséminée post partum avec embolie cérébrale et infarctus pulmonaire. Depuis elle a eu une deuxième grossesse normale avec accouchement sans incident ni pendant ni après. Notre malade fit plusieurs cures à Bagnoles de l'Orne qui la soulagèrent d'une façon très nette. La dernière cure cependant, il y a deux ans, amena des troubles inflammatoires de la région pelvienne.

Traitement. — Depuis le 28 mars jusqu'au 2 juin 1935 nous faisons des pansements de Baynton avec applica-

tion d'épaisses couches de pommades à l'oxyde de zinc sur la région érythémateuse et massages de la jambe avec la pommade à base d'arnica et d'aconit. L'œdème a complètement régressé, les douleurs de la zone érythémateuse ont disparu au bout du 3^e pansement, mais il persiste une induration de la dimension d'une pièce de *vingt* francs, toutefois cette induration n'est pas douloureuse. Nous conseillons à la malade de maintenir sa jambe dans un bas à varices.

OBSERVATION N° 20

Madame P...., 38 ans, présente un œdème bi-latéral blanc bleuté avec une peau fine et fragile. En même temps elle a « des impatiences dans les jambes », fourmillements, crampes, et surtout depuis plusieurs années elle ne peut s'asseoir sans avoir les jambes étendues et surélevées.

Antécédents. — Il y a 4 ans elle fit une phlébite bilatérale sans cause apparente, depuis deux cures à Bagnoles de l'Orne ne semblent pas avoir amendé les symptômes.

Traitement. — Nous associons aux pansements de Baynton les pilules à base de jusquiame, etc... dont la formule nous fut enseignée par le docteur Louis Ramond. Le résultat du traitement fut que la malade put mener une existence mondaine normale.

ŒDEMES D'ORIGINE ENDOCRINIENNE

OBSERVATION N° 21

Madame H..., 37 ans, présente aux deux jambes un œdème malléolaire intense avec bourrelets au-dessus de la chaussure, remontant au tiers moyen de la jambe. C'est un œdème mollassé, ne gardant pas le godet. La peau est fine, satinée, rose bleutée. Elle a surtout des douleurs à type de pesanteurs. Ces troubles remontent à une première grossesse en 1924. La malade est bien réglée mais a quelques troubles thyroïdiens, elle a l'aspect physique d'un léger trophœdème tel que l'a décrit Meije.

Etat général : Grande asthénie, urine ni sucre, ni albumine.

Traitement. — En mai 1932, on fit une série de dix pansements qui amena une grosse amélioration, en même temps que ces pansements, adrénaline et opothérapie pluri-glandulaire (ovaire, hypophyse, thyroïde et parathyroïde), l'amélioration persiste jusqu'en janvier 1935. De mai au 5 juin, nous faisons une nouvelle série de six pansements avec massages à la pommade arnica et aconit. La réaction est plus rapide, la résorption plus intense, bas à varices et alternances du traitement iodé et opothérapie.

OBSERVATION N° 22

Madame S. H..., 49 ans, présente le même genre d'œdème que l'observation n° 21 avec, en plus, un paquet variqueux au mollet gauche.

Antécédents. — Sclérose de varices à gauche, il y a 4 ans, qui amena une amélioration des symptômes; plus tard, cure à Bagnoles de l'Orne sans grands effets semble-t-il, la malade a toujours souffert des jambes depuis la guerre, pendant laquelle elle soigna très activement les blessés. L'état général est bon, début de ménopause bien supporté.

Traitement. — Une série de 8 pansements pendant le mois de décembre 1934 fait régresser l'œdème et amène la disparition des douleurs. La malade porte depuis des bas à varices et son amélioration persiste à ce jour.

OBSERVATION N° 23

Madame J..., 29 ans, employée de bureau, présente le même tableau clinique l'observation n° 21, avec en plus une légère péri-phlébite droite. Elle a le regard fixe, un peu tragique, des palpitations, très émotive et la déglutition permet de voir un corps thyroïde légèrement augmenté de volume.

Traitement. — Traitement iodé qui soulage la malade et une série de douze pansements ont raison de l'œdème.

OBSERVATION N° 24

Madame V..., 35 ans, Polonaise, envoyée de la consultation de stérilité du service du docteur Devraigne pour grosses jambes, douloureuses. Elle présente de graves troubles ovariens, les jambes sont dures, la peau est tendue, violacée, marbrée. En même temps que le traitement opothérapique, on lui fait une série de pansements pendant deux mois et demi, l'œdème a régressé en même

temps que les douleurs et nous revoyons la malade un an après complètement transformée, amincie et ne souffrant plus.

OBSERVATION N° 25

Mademoiselle R..., 27 ans, bonne à tout faire, envoyée de la consultation de stérilité du service du docteur Devraigne, car elle présente de gros œdèmes mollasses, blancs, douloureux, très volumineux, survenus depuis six mois, avec des troubles ovariens concomittents, là encore, traitement opothérapique et pansements amènent une cédation des symptômes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT

Les observations qui précèdent sont relatives à des malades dont nous avons pratiqué un examen général. Le cœur en particulier fut spécialement ausculté. La recherche du sucre et de l'albumine dans les urines a été pratiquée en vue d'éliminer tous les œdèmes toxiques, chlorurémiques, diabétiques, etc. Les œdèmes d'hyposystolie doivent aussi être écartés avec soin. En effet, un cœur défaillant, ne saurait supporter un supplément de travail que lui apportera le traitement que nous appliquons à nos malades. L'apport de sang au cœur se trouvant forcément augmenté du fait d'une meilleure circulation dans les membres inférieurs. Il faut donc avant d'appliquer les bottes être sûr de son diagnostic.

Notons également que si l'on n'a obtenu aucun changement de l'œdème en quinze jours de traitement il est absolument inutile de continuer, nous nous trouvons en présence d'œdème irréductible, ces cas sont exceptionnels mais il faut les connaître.

Il s'en suit que nous ne devons appliquer ces pansements pour réduire les œdèmes de jambes seulement dans les cas que nous avons envisagés, c'est-à-dire :

Œdèmes post-fractures ;

Œdèmes post-phlébitiques ;

Œdèmes d'origine endocrinienne;

ou l'association de ces différentes affections sans trouble cardiaque, néphrétique, diabétique, hépatique.

AVANTAGES DU PANSEMENT DE BAYNTON

Les avantages de ce pansement sont très nombreux. Avant tout la botte permet aux malades de vaquer à leurs occupations parce qu'ils se sentent soutenus, certains même éprouvent un soulagement immédiat. Elle ne gêne pas, au contraire. Il faut naturellement que le malade ait l'usage libre de ses articulations, il peut marcher sans cette sensation de raideur que l'on a lorsque la jambe est entourée d'un plâtre ou simplement d'une botte faite avec la colle de Unna. Nous avons eu à chaque jambe, d'un côté une botte faite selon la méthode de Baynton et de l'autre la botte de Unna, il est évident que la prédilection revint à l'emplâtre. De même certains de nos malades avaient été traités pour des ulcères variqueux par les bottes de Unna et tous étaient d'accord pour reconnaître la supériorité de notre traitement lors d'une rechute. Enfin, nous avons traité certains de nos malades des deux façons et là encore, ils marquèrent une préférence pour l'emplâtre. Cela provient de deux choses :

1° Le pansement à l'emplâtre est plus souple, plus onctueux, on n'a pas la sensation d'être gainé dans un tube rigide ;

2° La technique même du pansement diffère totalement. Avec les bandelettes on arrive très bien à faire un pansement plastique épousant la forme de la jambe, alors que la gaze imbibée de colle de Unna ne s'adapte pas exactement au galbe de la jambe et finit par donner des strictions.

L'usage des bandes de caoutchouc et des tissus élastiques de tous genres ne répond pas non plus au but à atteindre, ces bandes se laissant distendre avec l'œdème, alors qu'il faut lui opposer une barrière.

INCONVENIENTS DU PANSEMENT DE BAYNTON

Ils ne sont pas très nombreux. Jeanselme dans sa thèse dit : « Il occasionne souvent du prurit et de l'eczéma. »

Nous n'avons jamais constaté d'eczéma, mais évidemment les malades se plaignent de prurit. Ils semblent cependant supporter assez bien cet inconvénient, préférant le prurit aux douleurs qui les gênaient avant l'usage de la botte. Cet inconvénient était en partie pallié au début où nous avons appliqué ce traitement en France, car nous faisons venir l'emplâtre d'Allemagne et celui-ci était plus onctueux et mieux supporté par le malade; mais les circonstances ont voulu que nous n'employions plus que de l'emplâtre fabriqué en France. Ce dernier possède les mêmes qualités plastiques, mais paraît plus irritant pour la peau.

Le pansement est loin d'être esthétique, ce qui crée un autre inconvénient pour une méthode ambulatoire s'adressant à des personnes coquettes.

CONCLUSIONS

L'œdème de jambes n'est pas une maladie, sauf peut-être pour l'œdème statique. C'est un symptôme dépendant d'un état général.

Le traitement de l'œdème de jambes est un adjuvant, qui soulage le malade et lui permet de vaquer à ses occupations, mais il est insuffisant quand il n'est pas accompagné d'un traitement général.

Le traitement local, par la botte à l'emplâtre simple du codex semble supérieur à la botte de Unna, parce qu'il est plus plastique, ce traitement sera sans conteste le traitement de choix des œdèmes chroniques de jambes.

Vu : *Le Doyen*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- L. ALQUIER. — La Cellulite, Masson et Cie (1933).
- J. AUDRAIN. — Le Système de la lymphe (1920). G. Doin.
- 7 B. BELL. — Ulcères, traduction par BOSQUILLON (1903), à Paris.
- 3 N. BRANN. — Die Chronischen Beinleiden und ihre Behandlung. Ed. Curt Kabitzsch, 1931.
- 2 CALVÉ. — L'Œdème, étude expérimentale et clinique, 1925.
- 8 DARRIER. — Précis de dermatologie (1918). Masson et Cie.
- 11 GOULARD. — Traité sur les effets des préparations de plomb et principalement de l'extrait de Saturne (MDCCLX), Paris.
- 5 Ed. JEANSELME. — Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux. (*Thèse à Paris*, 1888).
- 6 LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. Alcan, 1924.
- 10 LÉMERY. — Nouveau dictionnaire général des Drogues. Paris, 1807.
- L. LÉVI. — Le tempérament et ses troubles, les glandes endocrines. Olivier, 1929.
- 9 SCHRODER. — La pharmacopée raisonnée, tome II, MDCXCVIII.
- 4 WIDAL et LEMIERRE. — Bibliothèque de thérapeutique, médication des œdèmes, 1911. J.-B. Bailliére et fils.

